VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA
(NR 72)
z dnia 4 kwietnia 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 72)

4 kwietnia 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat stanu obecnego i perspektyw rozwoju opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Krzysztof Chlebus** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Barbara Górska-Kulesza** ekspert w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Marcin Pakulski** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maria Smereczyńska** doradca techniczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Joanna Jędrzejczak** dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, **Jerzy Kiwiński** przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, **Teresa Kuziara** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Jolanta Stokłosa** prezes Forum Hospicjów Polskich oraz **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Tauroginska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Chciałbym serdecznie przywitać panie i panów na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam pana ministra z zespołem. Witam specjalistów – panią profesor. Witam zaproszonych gości.

Tematem dzisiejszego posiedzenia jest rozpatrzenie informacji na temat stanu obecnego i perspektyw rozwoju opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej. Ten temat był już kiedyś poruszany – nie tyle w formie skondensowanej i przygotowanej przez rząd informacji, ile w kontekście pewnych kłopotów, jakie te podmioty przechodziły, chociażby w ramach prawnych uregulowań związanych z przekształceniami – czy dostosowaniem do nowej ustawy o działalności leczniczej – z samodzielnych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wtedy zostały dostrzeżone i w niemałej części usunięte pewne niedogodności, które były związane ze sprawą pewnych rygorów narzuconych zarówno przez ustawę o działalności leczniczej, jak i przez ustawę refundacyjną. Przypomnę, że ustawa refundacyjna nakładała bardzo trudne rozwiązania dotyczące darowizn, które dla hospicjów, jako jednostek ochrony zdrowia działających z reguły przy różnego rodzaju fundacjach i stowarzyszeniach, które pełnią misję i raczej nie działają w celu kreowania zysku, były przeszkodą również jeżeli chodzi o działalność leczniczą. Sprawy działalności leczniczej, działalności hospicyjnej, opieki długoterminowej, zakładów opiekuńczo-leczniczych w dalszym ciągu mamy „na tapecie". Mimo licznych apeli, ministerstwo nie odniosło się do postulatu związanego chociażby ze spełnieniem wymogu tak zwanego działu farmacji lub apteki w tych właśnie jednostkach. Na dzisiaj wygląda na to, że kilkułóżkowe hospicjum prowadzone przez stowarzyszenie, fundację czy jednostki zakonne, kościelne, musi mieć dział farmacji opisany w osobnym rozporządzeniu, a który – w bardzo rzadkich przypadkach, ale się to zdarza – zajmuje więcej powierzchni niż działalność usługowa prowadzona przez te podmioty. To jeszcze jest do rozważenia i – według mnie – należy to uzupełnić w trybie pilnym, tym bardziej, że okazywało się, gdy miałem okazję uczestniczyć w dużej konferencji i kilku spotkaniach, że w jednym z domów opiekuńczo-leczniczych ilość leków wydawanych dla trzydziestu pacjentów mieściła się w dużej torbie, a rozporządzenie nakazywało mieć

hektary powierzchni – przepraszam za to uproszczenie – z różnymi pomieszczeniami dla zarządzających czy odpowiedzialnych za leki, po to, żeby ta torba mogła stać w środku pomieszczenia i zawierać dwie-trzy ampułki środka przeciwbólowego czy jakiegoś leku stosowanego u chorych przewlekle, bo z takimi chorymi w zakładach opieki długoterminowej mamy do czynienia. Tyle tytułem wstępu.

Chciałbym jeszcze tylko zapytać Wysoką Komisję, czy są uwagi do protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Jeżeli byłyby uwagi, to protokół jest do wglądu w sekretariacie Komisji Zdrowia. Proszę pamiętać, że jeżeli ktoś będzie chciał wnosić jakieś uwagi, to bezwzględnie należy je kierować na piśmie, ponieważ protokół w pewnym sensie jest skończonym dokumentem – powstaje w wyniku nie tylko stenografowania, ale i nagrań audio i wideo, które są tworzone, chociażby w tej sali. Zatem, jeżeli będą uwagi, proszę je składać na piśmie. Rozumiem, że państwo takich uwag nie wnoszą. Uważam więc, że protokół z poprzedniego posiedzenia Komisji jest przyjęty.

Jeżeli chodzi o rozpatrzenie dzisiejszej informacji, chciałbym zaproponować następujący porządek. Na początek, poproszę oczywiście pana ministra – bo to on dostarczył nam główne materiały do tego porządku dziennego – żeby spróbował nam przybliżyć stan obecny i perspektywy dalszego rozwoju tej części działalności medycznej. Myślę, że pan minister zadecyduje, czy zostanie to uzupełnione o sprawy merytoryczne przez panią profesor, jeśli chodzi o szczegóły dotyczące spraw li tylko medycznych. Pan minister po prostu zasugeruje, kiedy przekazać głos. Zapewne pan minister będzie mógł też skorzystać z pomocy Narodowego Funduszu Zdrowia, jeżeli chodzi odcinek dotyczący finansowania, a tym samym w pewnym sensie zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie, ponieważ różnie z tym bywa – Komisja chciałaby więc dowiedzieć się, jak długo czeka się na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjnym czy w hospicjum. Zdajemy sobie sprawę z tego, że mogą również pojawiać się różnego rodzaju kolejki do ambulatoryjnych świadczeń paliatywnych czy hospicyjnych, bo takie w Polsce mamy.

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że taki porządek byłby wprowadzony. Później przeprowadzilibyśmy dyskusję, a następnie, ewentualnie zdecydowali o przyjęciu lub odrzuceniu albo o skierowaniu do uzupełnienia informacji rządowej, bo taka jest kolej rzeczy, jeśli chodzi o obradowanie Komisji. Sprzeciwu nie słyszę. W związku z tym, przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Panie ministrze, proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Chlebus:

Bardzo dziękuję. Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, zaproponowałbym – jeżeli jest to do zaakceptowania – zmianę porządku, ponieważ jest z nami pani prof. Aleksandra Ciałkowksa-Rysz, która jest konsulatem krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej. Pani profesor została zaproszona przez nas, ale nie uzgadnialiśmy kwestii prezentacji, natomiast pani profesor ma taką prezentację. Ze względów technicznych – nie wiedzieliśmy – nie mogliśmy uprzedzić. Jednak, jeśli pan przewodniczący wyrazi zgodę, zaczęlibyśmy od przedstawienia materiału, który zaprezentuje pani profesor, a ja postaram się w dalszej części przedstawić obszerne fragmenty – najistotniejsze elementy opracowania, które szanownym państwu już dostarczyliśmy. Panie przewodniczący, czy to będzie możliwe?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie, panie ministrze. Jest pan gospodarzem tej części naszego dzisiejszego posiedzenia.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

To bardzo prosimy panią profesor – pani profesor, jak powiedziałem, jest konsultantem krajowym do spraw opieki paliatywnej – o przedstawienie informacji zawartych w prezentacji, której, niestety, ze względów technicznych nie możemy zobaczyć.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja oczywiście będę mówić tylko na temat opieki paliatywnej, nie długoterminowej. Jeżeli chodzi o opiekę paliatywną, chciałabym, żeby państwo spojrzeli nieco wstecz. Jest to dziedzina medycyny, która rozwinęła

się na bazie ruchu społecznego i w związku z powyższym, na początku, nie miała wielu regulacji prawnych. I tych regulacji do chwili obecnej w różnych miejscach nam brakuje. Biorąc pod uwagę różne ustawy, na przykład, ustawę o dokumentacji medycznej, jest w niej wszystko, ale nie ma nic na temat dokumentacji dotyczącej hospicjum domowego. Oczywiście, korzystamy z tego, co jest w przypadku opieki ambulatoryjnej, ale generalnie można powiedzieć, że to jest grzech wszystkich poprzednich instytucji, że o nas się zapominało. A jednocześnie rozwinęliśmy się na tyle, że zajmujemy bardzo wysoką pozycję w świecie i w Europie.

Nie wiem, czy wszystkim państwu ta informacja jest znana, że zajmujemy piąte miejsce w Europie – według Atlasu Europejskiego i danych Parlamentu Europejskiego. W 2011 r. były przygotowywane dane przez organizacje międzynarodowe, które klasyfikowały w nieco inny sposób – dzieliły kraje na różne grupy. Jesteśmy w grupie o najwyższym rozwoju opieki paliatywnej na świecie. W związku z tym, szanowni państwo posłowie, gdziekolwiek za granicą będziecie, możecie spokojnie chwalić się wysokim poziomem opieki paliatywnej. Jesteśmy zapraszani do szkolenia w całej Europie Wschodniej i Azji. Jest to obszar, gdzie mamy możliwości wykazania się. Jednak to wcale nie znaczy, że jest idealnie, ale też nie jest idealnie w Europie, dlatego, ż wszystkie dane, jakie zostały uzyskane, dały dowód, że opieka paliatywna nie spełnia potrzeb całej ludności Europy. W związku z tym jest to sytuacja globalna.

Jeśli chodzi o ilość jednostek, w 2012 r. 442 jednostki miały podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Było też ponad 20 jednostek działających w ramach organizacji pozarządowych, bez finansowania. Zatem, tych jednostek mamy dużo. I właśnie to było przyczyną zakwalifikowania nas na tak wysoki poziom. Gdybyśmy sięgnęli wstecz, zaczynając od 2005 r., mieliśmy 285 jednostek, a teraz mamy 442. Czyli corocznie jest wzrost.

Wzrost nakładów na opiekę paliatywną, patrząc od 2005 r., też w jakiś sposób będzie wstępować. Natomiast, chciałabym zwrócić państwa uwagę na jedną rzecz – na wielkość nakładów w stosunku do nakładów na onkologię. Szanowni państwo, w Polsce, z powodu choroby nowotworowej umiera około 90 tys. pacjentów – chyba 93 tys. My, w 2011 r., w ramach opieki paliatywnej – oczywiście, była to być może opieka krótka, ci pacjenci tylko się przewinęli – również zarejestrowaliśmy 90 tys. pacjentów, którzy dotarli do opieki paliatywnej. Nie mam danych, jakie środki nasze państwo przeznacza na onkologię, ale są one olbrzymie, natomiast do 2011 r. nasze państwo na opiekę paliatywną przeznaczyło 300 mln zł. Jest więc absolutna dysproporcja, jeżeli chodzi o nakłady na pacjentów, którzy docierają do opieki paliatywnej – a chciałabym zauważyć, że większość pacjentów, u których rozpoznaje się chorobę nowotworową, umiera – i nakłady na pacjentów, którzy mają to szczęście, że nie tylko mają rozpoznaną chorobę nowotworową, ale mają zaproponowane leczenie. Wydaje się więc, że należy uzależnić nakłady na opiekę paliatywną od nakładów na onkologię, oczywiście, w niewielkim procencie, ale, jeśli mamy wzrost nakładów na onkologię, to proporcjonalnie można byłoby spróbować również zwiększać nakłady na opiekę paliatywną.

Następna z rzeczy, na które chciałabym zwrócić uwagę, to poszczególne formy opieki paliatywnej. Świadczenia realizowane są w opiece stacjonarnej, w opiece domowej dla dorosłych i dla dzieci oraz w poradniach medycyny paliatywnej. W przypadku świadczeń w opiece stacjonarnej, jest zbyt niska wycena osobodnia, co powoduje, że ta forma opieki nie jest dostępna w całym kraju. Dostępność do tych świadczeń jest nierówna. Natomiast, jako zespół, który działał w ramach Ministerstwa Zdrowia, przeprowadziliśmy liczenie kosztów. Zgodnie z procedurą Narodowego Funduszu Zdrowia, te dokumenty… To było niedawno, w związku z tym, Narodowy Fundusz Zdrowia do tej pory nie odniósł się do tych wyliczeń, ale wiadomo jest, że koszt osobodnia w opiece stacjonarnej jest wyższy o około 30% od tego, co w tej chwili jest oferowane w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Formą, która wymaga rozwoju w opiece paliatywnej, jest poradnia medycyny paliatywnej. Dlaczego? Dlatego, że jest to forma alternatywna – może istnieć w każdym miejscu, gdzie nie ma żadnej innej formy. Najłatwiej jest ją zorganizować, nawet tam, gdzie nie będzie dostępu do innych form. Natomiast jej sposób finansowania jest taki…

Po prostu, w niektórych województwach, takich jak podkarpackie, mazowieckie czy podlaskie, mamy dwie poradnie medycyny paliatywnej. Te dwie poradnie to zdecydowanie za mało, żeby zabezpieczyć potrzeby, jeżeli chodzi o świadczenia. Mając tu do czynienia z przedstawicielami różnych województw, mogłabym zaapelować do państwa o to, żeby spróbowali na terenie swoich województw zorientować się, jak wygląda sytuacja w opiece paliatywnej, bo to środowisko może dużo zrobić. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, że pani profesor skończyła. Proszę, panie ministrze, można kontynuować.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo! Dziękuję bardzo pani profesor za zwartą informację, którą trochę rozszerzę, ponieważ myślę, że dla jasności obrazu dotyczącego opieki paliatywnej i długoterminowej, potrzebujemy jeszcze kilku faktów. Ponieważ – przypomnę – otrzymali państwo od nas wszystkie materiały, nie będę rozwijać wątków, które są doskonale opisane, ale kilka faktów powinno paść w kontekście tej dyskusji.

Szerszy kontekst dotyczący sytuacji epidemiologicznej starzenia się społeczeństwa, a w związku z tym, wzrostu ilości nowotworów i zgonów na nowotwory, jest wątkiem oczywistym. Przytoczę tylko podstawowe dane. Rok 1963 *versus* rok 2001, zgony z powodów nowotworów złośliwych – 34,5 tys. osób *versus* 86.443. To obrazuje ogromny wzrost, również w wartościach względnych, jeśli chodzi o mężczyzn i kobiety. W latach 60. – w 1963 r. – 14% ogółu zgonów mężczyzn i 16% ogółu zgonów kobiet. Natomiast ten wzrost jest dość radykalny w 2001 r. – 26% i 22%, prawie ¼ zgonów. To są fakty, które ilustrują coś, co doskonale wiemy, ale lepiej to widać w kontekście liczby pacjentów, którym udzielamy świadczeń w zakresie opieki paliatywnej.

To, z jednej strony, odzwierciedla trendy epidemiologiczne, a z drugiej strony, odzwierciedla dynamiczny rozwój dziedziny opieki paliatywnej. Przypomnę ostatnich kilka lat – 2004 r. to 66 tys. pacjentów objętych tą opieką. W 2010 r. udzielono już ponad 86 tys. świadczeń, a w 2011 r. objęto tą opieką ponad 90 tys. pacjentów. Tylko w pierwszym kwartale 2012 r. było 35 tys. pacjentów. Jak powiedziałem, z jednej strony, duża dynamika wzrostu w zakresie epidemiologii, a z drugiej – być może, nieadekwatnie – bardzo intensywny rozwój tej dziedziny medycyny w naszym kraju.

Akty prawne regulujące tę sferę usług medycznych, to oczywiście ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ale też rozporządzenie ministra zdrowia z 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zaś szczegółowe zasady kontraktowania ujęte są w aktach prawnych na poziomie zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przypomnę państwu, że opieka paliatywna jest realizowana w trzech zakresach. Mówimy o zakresach stacjonarnym, domowym i ambulatoryjnym. Pani profesor już wspomniała o tym, ale warto pamiętać, że tendencje rozwojowe w różnych grupach wiekowych są różne. Przy omawianiu problemów pediatrycznych warto podkreślić taką tendencję – jeszcze do tego wrócimy – że tę opiekę powinniśmy rozwijać bardziej w warunkach domowych, aczkolwiek – podobnie jak w geriatrii – są takie tendencje na świecie, żeby i opieka paliatywna rozwijała się bardziej w tym zakresie. Mamy oczywiście jeszcze cały pion poradni i usług udzielanych w zakresie ambulatoryjnym.

Wszystkie te trzy elementy funkcjonują równolegle – jak państwo mogą zobaczyć na załączonych wykresach – na różnym poziomie zaawansowania rozwoju w różnych województwach. Musimy tu jednoznacznie powiedzieć, że poziom rozwoju w tym zakresie jest inny w różnych miejscach naszego kraju, i stąd biorą się prawdopodobne niedogodności dla pacjentów i problemy wynikające z nierównomiernego dostępu w różnych zakresach. O przykładach powiem za chwilę.

Jeśli chodzi o oceny – bo padły tu sformułowania odnośnie do wyliczeń zespołu ekspertów, który opracował dane, o których pani profesor wspomniała – informacyjnie chcę powiedzieć, że w latach 2010-2012 odnotowano wzrost średniej ceny osobodnia w zakresie medycyny paliatywnej. Wzrost niewielki, w graniach 3 zł – średnio z 211 zł w 2010 r. do 214 zł w 2012 r. Mówimy o wartościach uśrednionych, bo jest 10 województw, gdzie te

wartości właściwie się nie zmieniły. Natomiast w niektórych województwach – jak w warmińsko-mazurskim – przyrosty są większe: 186 zł *versus* 210 zł, czyli bardziej istotne. Istotny jest również fakt – to koreluje ze wzrastającą liczbą pacjentów – że wzrasta liczba osobodni, które są rozliczane w pionie opieki paliatywnej. Symptomatyczny jest wzrost w dwóch porównywanych latach 2010-2012 – 634.301 osobodni *versus* 744.535 osobodni. Odnotowujemy również – co warto powiedzieć – wzrost liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie stacjonarnej opieki, ze 139 w 2010 r. do 153 w roku 2012. I tu znowu – o czym wspomniałem – wzrost jest nierównomierny. Mierzymy to różnymi parametrami – liczbą ośrodków, liczbą rozliczanych osobodni i kwotami, jakie są wydatkowane. To też koreluje z rozmieszczeniem ludności. Nie mamy w tej chwili przeliczeń, jak to wygląda, jeśli chodzi o średni poziom liczby ludności, ale gwoli porównania, w przypadku województwa małopolskiego są to kwoty roczne rzędu 20 mln zł, *versus* relatywnie niewielkie kwoty w małym województwie, jakim jest lubuskie, powyżej 3 mln zł. To jest kwestia opieki paliatywnej stacjonarnej.

Jeśli chodzi o hospicja, w zakresie cen wystąpił niewielki wzrost, właściwie symboliczny, w latach 2010-2012 – 41 zł *versus* 42 zł. W kilku województwach kraju – siedmiu – te stawki są niezmienione, natomiast w kilku wystąpił spektakularny wzrost, chociażby w pomorskim z 34 zł do 42 zł.

Jeśli chodzi o jednostki rozliczeniowe – w materiałach państwa jest chyba błąd, bo jest liczba osobodni, ale oczywiście chodzi o porady… Nie, przepraszam, mówimy o hospicjach domowych. Błąd, który odnotowałem, jest na następnej stronie. Nastąpił wzrost z ponad 3 mln jednostek rozliczeniowych w 2010 r. do 3 mln 277 tys. Jest to więc wyraźny, symptomatyczny wzrost w zakresie liczby wykonanych świadczeń. Również liczba świadczeniodawców realizujących opiekę hospicyjną w warunkach domowych – co, przypomnę, wpisuje się w standardy światowe i jest uznaną metodą, która jest realizowana z korzyścią dla pacjentów – wyraźnie wzrosła. W 2010 r. było takich świadczeniodawców 277, w 2012 r. – 348 świadczeniodawców realizowało ten zakres usług. I ta sama sytuacja, jak w poprzednio omawianym przykładzie – również mamy do czynienia z nierównomiernym rozmieszczeniem tych świadczeniodawców, od czterdziestu w takich województwach, jak wielkopolskie czy śląskie, do ośmiu w sytuacji województw opolskiego i świętokrzyskiego. Kwotowo również jest tu duża rozpiętość. Jak powiedziałem poprzednio, w zakresie opieki domowej, przykładowo, województwo mazowieckie przeznacza na opiekę domową prawie 19 mln zł, a na drugim krańcu jest województwo opolskie z ponad 3 mln zł przeznaczonymi na opiekę domową dla pacjentów paliatywnych.

Istotnym elementem tej opieki są hospicja domowe dla dzieci. W latach 2010-2012, czyli tym ostatnim okresie, którego używamy do wszystkich porównań w tym zestawieniu, nastąpił wzrost ceny osobodnia o 3 zł – z 73 zł w 2010 r. do 76 zł. To wszystko oczywiście jest podane w szczegółach w załącznikach, którymi państwo dysponują. Wymienię tylko kilka podstawowych faktów.

2012 r. Rozpiętość w poszczególnych województwach też była dość istotna. Dla przykładu, poziom finansowania w województwie pomorskim – 65 zł, w dolnośląskim – 87 zł. Operujemy średnimi stawkami, bo ta rozpiętość jest dość istotna. Stąd, między innymi, też duże różnice w nakładach w poszczególnych województwach. One nie są bezpośrednio wynikiem tylko liczby porad, ale również tych zróżnicowanych kwot, o których wspomniałem. Jednak, co istotne, w skali globalnej całości usług medycznych w tym zakresie, mamy do czynienia ze wzrostem wartości bezwzględnej tych usług. I tu liczba jednostek rozliczeniowych – czyli osobodni świadczonych w hospicjach domowych dla dzieci – wzrosła z powyżej 230 tys. do 282 tys. To jest wzrost może mniej dynamiczny, ale on – na szczęście – koresponduje z inną sytuacją epidemiologiczną w tej grupie wiekowej. W tej grupie również odnotowujemy wzrost, w ciągu dwóch lat o 10 podmiotów – prawie 20% wzrost z 41 świadczeniodawców do 51 świadczących usługi w tym zakresie. Jest to dość istotny wzrost jak na dwuletni przedział czasowy.

Jeśli chodzi o poradnie medycyny paliatywnej – również bardzo istotny element udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie – średnia cena osobodnia dla całego kraju nie zmieniła się, została na poziomie 34 zł w okresie tych dwóch lat, chociaż tu też są dysproporcje pomiędzy poszczególnymi województwami. Rozpiętość ta wygląda tak –

od najniższej stawki w kujawsko pomorskim na poziomie 27 zł do 42 zł w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ. Tutaj odnotowano spadek liczby jednostek rozliczeniowych – jest to wyjątkowa rzecz. I to jest ten błąd, o którym wspomniałem – mówimy o poradach, a nie osobodniach. Spadek wygląda istotnie – z ponad 77,5 tys. takich porad do 68 tys. w roku 2012, na przestrzeni dwóch lat.

Możemy powiedzieć, że ta dysproporcja, o której wspomniałem wcześniej, dotycząca nierównomiernego rozmieszczenia liczby świadczeniodawców na terenie całego kraju, jest szczególnie spektakularna i w kilku przykładach niepokojąca. Szczególnie sugestywne są przykłady województwa podlaskiego i podkarpackiego, gdzie mamy po jednej poradni świadczącej usługi w zakresie medycyny paliatywnej. Natomiast, są województwa, gdzie liczba tych poradni jest zdecydowanie większa – na tym drugim biegunie znajduje się województwo śląskie, gdzie mamy 34 takie poradnie. W związku z tym, możemy mówić o dość dużej amplitudzie tych danych, szczególnie w aspekcie poradni medycyny paliatywnej.

Jeśli chodzi o liczbę pacjentów objętych opieką we wszystkich tych zakresach, nie będę powtarzać wszystkich parametrów, bo istotne są znowu krańcowe. Przytoczę tylko dane z dwóch lat – z 2012 r. są dane tylko z pierwszego kwartału, może więc będą to lata 2010-2011. Poradnie medycyny paliatywnej – to jest ten spadek, o którym wspomniałem – 15.704 pacjentów *versus* 14.859. Hospicja domowe – istotny wzrost – 43.320 *versus* powyżej 46 tys. Hospicja domowe dla dzieci – 1107 małych pacjentów *versus* 1312. I w oddziałach medycyny paliatywnej, czy hospicjach stacjonarnych, w 2010 r. powyżej 26 tys. pacjentów w porównaniu z 2011 r., kiedy było powyżej 28 tys. pacjentów.

Dysponujemy również listami oczekujących na poradę – i w tych zestawieniach one są. Przypomnę, że operujemy dwiema kategoriami – pacjentów pilnych i stabilnych. W kategorii pacjentów pilnych – tytułem wyjaśnienia – w uśrednionych wartościach mamy wyższe parametry w tabelach – jeśli zerkną państwo do załącznika – niż w parametrach dotyczących pacjentów stabilnych. To wynika z tego – tą informacją dysponujemy dzięki uprzejmości Narodowego Funduszu Zdrowia – że niektóre ośrodki raportują tylko przypadki pilne albo wszystkie przypadki są uznawane przez te ośrodki za pilne. Stąd mamy tego rodzaju statystykę.

Jeśli chodzi o kwoty związane z wydatkowaniem środków finansowych, myślę, że zostawię tę kwestię do omówienia panu prezesowi, ale warto odnotować fakt – jest on bardzo istotny w toku tej dyskusji – że od roku 2009 do roku 2013 mówimy o istotnym wzroście kwot na świadczenia zdrowotne, mimo tej nieadekwatności oczekiwań, o której pani profesor wspominała. Tutaj dynamika wzrostu, szczególnie, jeśli porównamy to z innymi dziedzinami medycyny, wydaje się dosyć spektakularna i istotna, co nie zmienia faktu, że wciąż możemy mówić o dysproporcji w stosunku do realnych potrzeb.

Jeśli chodzi o kwestie związane z zasobami kadrowymi – bo to też jest istotne – z jednej strony, mówimy o ośrodkach, które realizują te usługi, ale warto wspomnieć o czymś, co jest w gestii resortu zdrowia – o koordynacji szkolenia specjalistów w tym zakresie na poziomie lekarzy i pielęgniarek. Trzeba powiedzieć, że liczba specjalistów medycyny paliatywnej kształtuje się na poziomie prawie 270, a konkretnie 269. Jest to stan z połowy 2012 r. Aktualnie 129 lekarzy jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, ale warto pamiętać, że są to lekarze, którzy zdobywają specjalizację z medycyny paliatywnej jako nadspecjalizację po specjalizacjach głównych. Nie będę tu ich wymieniać. Jest bardzo szerokie spektrum specjalizacji umożliwiających przystąpienie do tej nadspecjalizacji, co wydaje się zasadne merytorycznie, bo dzięki tego rodzaju elementom kształcenia lekarzy jest możliwość realizacji różnych potrzeb zdrowotnych. Właściwie dzięki tego rodzaju elementom kształcenia lekarzy kształcenie trwa 2 lata – obejmuje 9 kursów specjalizacyjnych i 5 staży kierunkowych. Warto wspomnieć, że 129 osób realizuje szkolenie według starego systemu – to jest część, która będzie realizowana przez najbliższe 2 lata – natomiast w tym roku, jesienią, rozpoczyna się już nowy modułowy system szkolenia. Informacyjnie przypomnę, że w tym nowym systemie kształcenia lekarzy do tej specjalizacji będą mogli przystępować lekarze bez specjalizacji i będą realizować to szkolenie w systemie 3+2, czyli, 3 lata modułu podstawowego, w ramach

chorób wewnętrznych, a później 2 lata medycyny paliatywnej, co będzie już zasadniczym przygotowaniem do wykonywania zawodu w tej specjalności.

Mamy sporo jednostek, które umożliwiają prowadzenie specjalizacji, wydaje się więc, że te potrzeby powinny być zaspokojone. Liczba miejsc szkoleniowych w zakresie medycyny paliatywnej rośnie – żeby nie przedłużać, podam dwie krańcowe informacje z lat 2005-2012. Jeśli chodzi o liczbę jednostek uprawnionych w 2005 r., było ich 14, a w roku 2012 – 20, a liczba miejsc szkoleniowych wzrosła z 101 do 169. Wydaje się więc, że na obecną chwilę, jest pokrycie zapotrzebowania, przynajmniej jeśli chodzi o podmioty szkolące. Inna sprawa, że mamy również większe możliwości szkolenia, a problemem jest to, że mamy mniej lekarzy zgłaszających się do kształcenia w tej dziedzinie.

Drugi bardzo ważny element realizowania tej opieki – w tym kontekście trudno to wartościować, ale powiedziałbym, że nie wiem, czy nie najważniejszy w wielu sytuacjach – opieka pielęgniarska, która jest dostępna i w wielu modelach na świecie realizuje się te obowiązki z ogromnym oddaniem i bardzo dobrym podejściem do pacjenta nie tylko merytorycznym, ale czysto ludzkim. Jest to oczywiście kwestia obsługi pielęgniarskiej. Aktualnie mamy wśród pielęgniarek 342 specjalistów w dziedzinie opieki paliatywnej.

Do materiałów załączyliśmy informację dotyczącą podziału, ile tych pielęgniarek jest w poszczególnych miejscach w kraju, w poszczególnych województwach. Tu też widać pewne dysproporcje i to też w pewnych sytuacjach stwarza dyskomfort dla chorych w określonych miejscach w kraju. Najgorzej wygląda w województwach opolskim i podlaskim – tam nie ma żadnej pielęgniarki z tym tytułem, ale warto też wspomnieć o tym, że w województwie opolskim 32 pielęgniarki są w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, co daje nadzieję na dość radykalną poprawę sytuacji. Warto też zaznaczyć, że liczba pielęgniarek, które są w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, to 94 osoby, w tym 20 osób w najbliższej sesji jesiennej – czyli prawie 1/3 ze szkolących się osób – przystąpi do egzaminu państwowego i zasili fachowy personel wykonujący działalność medyczną na terenie swoich zakładów pracy.

Liczba pielęgniarek, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, wynosi łącznie 2849 – to są dane, które podzieliliśmy tabelarycznie ilustrując dostęp, bo to bardzo istotny element. Sumaryczna kwota nie oddaje istoty sprawy. Istota tkwi w miejscu i dostępności. Fakt, że w niektórych latach nie ma pielęgniarek kończących te szkolenia oczywiście nie znaczy, że w danych latach mamy jakiś duży niedobór, ale są takie województwa, gdzie rzeczywiście dopiero w ostatnich latach – jeśli państwo zwrócą uwagę, w 2010 r. – nastąpił szczególnie istotny wzrost w zakresie szkoleń. Myślę, że to jest efekt zmiany polityki kształcenia w tej dziedzinie i dostępu do możliwości realizowania tego kształcenia.

Liczba pielęgniarek, które ukończyły specjalistyczny kurs w zakresie podstaw opieki paliatywnej, wynosi 3668. To również daje asumpt do stwierdzenia, jeśli chodzi o poprawę, mimo prawdopodobnie nieadekwatności oczekiwań – bo będziemy musieli dotknąć szczegółów dotyczących poszczególnych miejsc kraju – że mamy tu pewną asymetrię. Daje to jednak nadzieję, że ta sytuacja w dostrzegalnej perspektywie ulegnie istotnej poprawie.

Do Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia nie wpłynęły żadne informacje formalne dotyczące tego, że mamy do czynienia z ewentualną nieadekwatnością oczekiwań świadczeniodawców czy świadczeniobiorców w zakresie dostępności do opieki pielęgniarskiej, ale wiążemy to również z tym, że – jak wspomniałem – mamy pewną redystrybucję ośrodków na poziomie różnych miejsc w różnych województwach. W związku z tym, tego rodzaju sytuacje mogą się zdarzyć, ale nie mamy informacji, żeby miały one charakter istotnego problemu w dostępie do tego rodzaju opieki w skali całego kraju.

Jeśli chodzi o opiekę paliatywną nad dziećmi – szczególnie wrażliwy problem pod względem medycznym i społecznym – od kilku lat rozwija się ona bardzo intensywnie. W 2010 r. 41 świadczeniodawców podpisało te umowy, a w 2011 r. już 50. Jak wspomniałem, ta opieka jest realizowana właściwie we wszystkich formach przewidzianych w rozporządzeniu. Wspomniałem o tym, że preferowana jest opieka domowa, z uwagi na to, że terapia paliatywna w stosunku do dzieci jest szczególnie wrażliwym procesem pod

względem emocjonalnym dla obu stron – zarówno dla rodziców, jak i dzieci. Dlatego ta ścieżka jest preferowana.

Trzeba też powiedzieć o pewnej specyfice działalności paliatywnej w stosunku do dzieci. O ile dość jednoznacznie możemy określić, że gros pacjentów dorosłych w opiece paliatywnej to pacjenci z terminalną chorobą nowotworową, o tyle w przypadku dzieci mamy większą rozpiętość problemów klinicznych, co implikuje stopień trudności dla lekarzy – ponad 1/3 stanowią dzieci z rozpoznanymi chorobami układu nerwowego, mniej więcej 1/3 to dzieci z wadami rozwojowymi, najczęściej wrodzonymi, i około 13% dzieci to pacjenci z rozpoznaną chorobą nowotworową. Jest to więc zupełnie inny przekrój kliniczny pacjentów, niemniej jednak stopień trudności i skomplikowania, z uwagi na niehomogeniczność tej grupy pacjentów, wydaje się szczególnie duży.

Odnotowujemy istotny wzrost liczby małych pacjentów leczonych w domowych hospicjach dla dzieci. Biorąc po uwagę ostatnie trzy lata, o ile w 2009 mieliśmy 995 pacjentów, o tyle w 2011 r. było ich już ponad 1300. Za 2012 r. mamy dane domknięte do poziomu czerwca – już na tym etapie liczba dzieci leczonych wynosiła 995, czyli tych pacjentów było tylu, ilu w całym roku 2009. Istotny wzrost, istotny problem społeczny, ale – realnie oceniając potrzeby w tej dziedzinie – wydaje się, że jeśli chodzi o opiekę nad dziećmi, to mamy ją dość przyzwoicie zorganizowaną i – jak wcześniej wspomniała pani profesor – jest to jeden z elementów, w przypadku którego wydaje się – choć na pewno, jak w każdym, można wiele poprawiać – że opieka ta funkcjonuje na przyzwoitym poziomie.

Kilka słów na temat terapii farmakologicznej. Nie będę wymieniać wszystkich preparatów, ale chcę powiedzieć tylko o tym, że mamy oczywiście klastyczną drabinę analgetyczną. Na pierwszym stopniu są dostępne leki z odpłatnością 50%. Dla pacjenta oznacza to kwoty od 1,65 zł do 41 zł w formie płatności bezpośredniej. Na drugim stopniu tej drabiny jest słaby opioid z 30% odpłatnością, co oznacza dla pacjenta dostęp do leku od poziomu bezpłatnego do 40 zł. Na trzecim stopniu jest silny opioid – tu mamy już narkotyczne leki przeciwbólowe, a poziom płatności pacjenta wynosi od 3 zł 20 gr. do 12 zł 95 gr. To też wydaje się bardzo istotne w omawianiu dostępności opieki, bo oczywiście nie muszę nikogo przekonywać, jak ważnym elementem w tej terapii jest terapia przeciwbólowa.

To właściwie wszystko, jeśli chodzi o opiekę dotyczącą terapii paliatywnej. Natomiast, już w kilku zdaniach, postaram się powiedzieć o opiece długoterminowej. Ona ma trochę inną specyfikę. Przypomnę, że realizujemy ją w warunkach stacjonarnych i domowych. Mamy tu zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, a w warunkach domowych mamy pielęgniarską opiekę długoterminową domową i zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. W pierwszej sytuacji, czyli w warunkach stacjonarnych – ponad 442 podmioty, 30 podmiotów w drugiej sytuacji.

Jeśli chodzi o kwalifikacje do leczenia, najczęściej posługujemy się skalą Bartel – 40 pkt lub mniej w tej skali oznacza kwalifikację do leczenia. Przypomnę, że tutaj mamy też nieco inną sytuację kliniczną. Poprzednio mówiliśmy głównie, w przypadku pacjentów dorosłych, o osobach dotkniętych terminalną fazą choroby nowotworowej, a w tym przypadku, choroba nowotworowa nie kwalifikuje do leczenia długoterminowego. Stąd ta inna kwalifikacja. Podobnie jak choroba psychiczna czy uzależnienie, to jest inny sektor usług medycznych. Tu mówimy o chorych, którzy z różnych względów klinicznych, zaawansowanego wieku i różnego rodzaju schorzeń towarzyszących temu wiekowi, wymagają stałej pielęgnacji i opieki. W tym zakresie możemy powiedzieć, że jeżeli chodzi o zakłady opiekuńcze, to na terenie kraju jest ich 368, a dysponują 17 tys. łóżek. Jeśli zaś chodzi o zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, jest 150 zakładów mających w swojej dyspozycji 6 tys. łóżek, zaś liczba zakładów opieki długoterminowej, z którymi w 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę na realizację świadczeń, to 489, co oznacza, że z 29 z nich NFZ kontraktu nie zawarł. Co jeszcze jest istotne? Liczba świadczeniodawców, jeśli chodzi o finansowanie w zakresie świadczeń opieki długoterminowej. W 2012 r. to 606 podmiotów z liczbą miejsc na poziomie 65.293.

Wydatki od 2010 r., kiedy były na poziomie ponad 904.543 tys. zł, do 2012 r., wzrosły do ponad 1.041.000 tys. zł, a w roku 2013 plan finansowy przewiduje znowu niewielki,

ale jednak, wzrost powyżej 1.880.000 tys. zł. Od 2010 r. mamy zilustrowany tabelarycznie permanentny wzrost nakładów w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o opiekę domową, pielęgniarska opieka długoterminowa – 346. Mówimy tu o listach oczekujących. W zespole długoterminowej opieki domowej dla dzieci odnotowano jedną taką sytuację. W zespole długoterminowej opieki domowej – 30. Odnośnie do ocenianej opieki domowej, mówiliśmy o liczbach dotyczących tak zwanych przypadków pilnych. Natomiast, jeżeli chodzi o tak zwane przypadki stabilne, ta lista rzeczywiście jest dłuższa. W pielęgniarskiej opiece długoterminowej – powyżej 5245 oczekujących. W zespole długoterminowej opieki domowej dla dzieci – 59. Przypomnę, że to jest ta klasyfikacja stabilna, zgłaszana przez świadczeniodawcę. I w zespołach długoterminowej opieki domowej – 63.

W zakresie opieki stacjonarnej również mamy podział na przypadki pilne i stabilne. Zakład zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy w zakresie przypadków pilnych – 85 oczekujących. W zakresie zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci – nie odnotowaliśmy takiej sytuacji, podobnie zresztą jak w sektorze stabilnych przypadków dzieci oczekujących na tego rodzaju pomoc. Jeśli chodzi o zakłady opiekuńczo-lecznicze w kategorii pilnych – 371 oczekujących, a dla dzieci i młodzieży znowu nie odnotowaliśmy takich przypadków. W zakresie stabilnych przypadków – 5817 oczekujących w zakładach opiekuńczo-leczniczych i w kategorii dzieci i młodzieży w przypadkach stabilnych – zostały odnotowane 3 tego rodzaju sytuacje.

Kończąc, podam jeszcze tylko kilka wartości. Jeśli chodzi o pielęgniarki – bo mówiąc o kadrach medycznych świadczących usługi, zacznę tym razem od pielęgniarek – 56.287 pielęgniarek ukończyło specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Ponad 16.836 ukończyło specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii albo kurs kwalifikacyjny uprawniających do pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie ewentualnie jest w trakcie ich odbywania.

Lekarze. Łączna liczba lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych wynosi 2176, a liczba opiekunów medycznych – również liczącej się siły personelu medycznego – absolwentów rocznika 2010-2011 w tym zawodzie wyniosła 2958, a nabór na lata 2011-2012 wyniósł prawie 7,5 tys. osób, a dokładnie – 7459.

Jeśli chodzi o parametry związane z rokiem 2012, powiem, że 130 tys. osób zostało objętych instytucjonalną formą wsparcia. Pomoc społeczna dotyczyła około 78 tys. osób, a jeśli chodzi o leczenie stacjonarne, tą pomocą objęto 52 tys. osób. Działania w zakresie pomocy społecznej realizowały 842 podmioty. A jeśli chodzi o podmioty realizujące stacjonarną opiekę długoterminową, ich liczba w roku 2012 wyniosła 442. Z symulacji, którą oczywiście znamy, wynika, że z uwagi na oczywiste warunki, czyli ewidentne starzenie się społeczeństwa, będziemy mieć do czynienia z tendencją rosnącą. Przewidujemy, że około 200 tys. osób będzie wymagać takiej opieki, a w 2030 r. nawet pół miliona osób będzie kwalifikować się do tego rodzaju opieki. Przypomnę, że z szacunków wynika, iż w 2030 r. będzie w naszym kraju ponad 9 mln osób w starszym wieku, co oznacza, że to będzie prawie ¼ społeczeństwa. A to oznacza ogromne wyzwanie dla całego systemu w najbliższych latach, z którym organizacyjnie i planistycznie powinniśmy się zmierzyć.

Bardzo dziękuję za uwagę. Tyle z mojej strony, panie przewodniczący. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim otworzę dyskusję, chciałbym się odnieść do tego, co pan minister był łaskaw powiedzieć, czyli zważyć problem. Nasze dzisiejsze spotkanie jest poświęcone informacji na temat rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, ale głównie – jej pierwszy człon – opieki długoterminowej.

Chciałbym przede wszystkim podkreślić, że nie rozczarował mnie pan, bo zaczął jednak pan od tego, co jest spektakularne w obiektywie kamery, czyli opieki paliatywnej, która dotyczy 100 tys. osób, a pod dywan zamiótł pan 6,5 mln osób, które są poten-

cjalnymi klientami opieki długoterminowej. Nie o to chodzi. Oczekiwałbym, żeby nam jednak powiedzieć, co nas czeka w przyszłości.

Jeżeli chodzi o opiekę paliatywną i hospicyjną, akurat bym się nie martwił. Pewne założenia merytoryczne, jakieś plany rozwojowe mamy dobrze ułożone. I pani profesor ma rację – jesteśmy w czołówce krajów europejskich, które mają tę opiekę paliatywną i hospicyjną rozwiniętą. Opiera się ona w głównej mierze, pani profesor, nie na zinstytucjonalizowanych jednostkach, tylko na wolontariacie i społeczeństwie. Są to wyzwania. Przeważnie prowadzą to różnego rodzaju fundacje. Boję się komercjalizacji tych usług – byłoby dobrze, gdyby tak zostało. Wiem, że są tego rodzaju „zajawki", że chce się komercjalizować opiekę paliatywną, ale tak być nie powinno. W tym zakresie powinien jednak działać wolontariat i wielkość środków na ten cel da się przewidzieć, bo da się przewidzieć dynamikę rozwoju pewnych chorób, głównie nowotworowych, czy chorób rzadkich, wymagających opieki paliatywnej – z reguły są to choroby o dramatycznym i trudnym przebiegu, tak zwanym terminalnym, i kończą się śmiercią. Tam kolejki są niewielkie, bo te kilkadziesiąt dni, które się czeka, to nie za duża kolejka, tym bardziej – przykro mi to mówić, bo to się nagra i pewnie znów mnie ktoś będzie za to szczypać – że część potencjalnych pacjentów już nie doczeka, ponieważ często są to osoby w bardzo zaawansowanej chorobie nowotworowej. Kiedy jest decyzja – uruchamiamy hospicjum i opiekę paliatywną, to bardzo często są to już stany terminalne.

Natomiast, druga część, panie ministrze, dotyczy opieki długoterminowej, i z tym jest ogromny problem. Radziłbym, żeby pan spróbował – jeżeli to jest możliwe w tej koalicji, w której pan jest – sięgnąć do zasobów Ministerstwa Zdrowia z wiosny 2007 r. Będzie tam dokument, który będzie się nazywać ustawą o ewentualnym ubezpieczeniu od tak zwanej niesamodzielności albo związanym z okresem opieki długoterminowej. Wtedy zespół pod kierownictwem śp. prof. Religi taką ustawę przygotował. Ta ustawa – a brałem udział w tych pracach – zakładała przede wszystkim uporządkowanie tego systemu.

Co mamy dzisiaj w opiece długoterminowej? Jedną wielką mgłę. Mamy zakłady opiekuńczo-lecznicze, gdzie próbujemy na siłę definiować świadczenia, które w tych zakładach mają być realizowane. Mamy zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, gdzie również na siłę definiujemy świadczenia lecznicze, które mają być realizowane i mamy DPS-y, czyli domy opieki społecznej, gdzie połowa pensjonariuszy wymaga opieki długoterminowej lub pielęgnacyjnej, i nie wiemy, jak te świadczenia sfinansować, ponieważ ci pensjonariusze „siedzą" w innym worku. A jest to worek pana ministra Kamysza. I cały ten problem plus sprawa utrzymania w domu pacjenta niesamodzielnego – jak bym go nazwał – a nie tylko obłożnie chorego, jest ogromnym problemem. To jest wyzwanie. I słusznie pan powiedział, że niedługo będzie to dotyczyć dziewięciu milionów ludzi. Zapotrzebowanie na świadczenia paliatywne będzie oczywiście rosnąć, ale nie tak gwałtownie jak te związane ze starzeniem się społeczeństwa. I to jest pytanie. Z drugiej strony, mamy ogromny problem ze szpitalami. W tym przypadku jak ognia bali się państwo jako koalicja utworzenia sieci szpitali, po to, żeby stworzyć część szpitali, które da się przestawić na opiekę długoterminową, ale wtedy trzeba by używać całkiem innej definicji i trzeba by spróbować zmierzyć się z problemem nierozwiązywalnym od wielu lat – ja również uderzę się w piersi – to znaczy, dom opieki społecznej i zabiegi lecznicze w tym domu opieki społecznej oraz pielęgniarka w domu opieki społecznej a pielęgniarka w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Niby to samo, a nie to samo. Tak więc, jeżeli chodzi o hospicja i leczenie paliatywne, mamy tu niewielkie regulacje prawne plus przyglądanie się finansom i wspomaganie tych ludzi – z reguły zaangażowanych społeczników, którzy potrzebują dobrego serca i pomocy, natomiast problemem bezwzględnym do rozwiązania jest sprawa opieki długoterminowej z uwagi na bałagan systemowy, jaki tam panuje – gdyby tu nie było pań, powiedziałbym inaczej, też na literę „b". Sądzę więc, że taka ustawa albo takie rozwiązanie ustawowe, w którym spróbujemy zmierzyć się z opieką długoterminową, jest potrzebne, bo, panie ministrze, mało tam leczenia. Leczeniem w okresie starości, na dobrą sprawę, zajmuje się geriatria, która jest ostrą dyscypliną nauki medycznej, a nie czymś przewlekłym, natomiast ogromnie dużo tam problemów nazewniczych, kwalifikacyjnych, płacenia itd. I większość problemów Narodowego Funduszu Zdrowia – pan prezes to pewnie potwierdzi – wiązała się nie z kontro-

lami w hospicjach, panie prezesie, tylko w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, gdzie przez różnego rodzaju drobne przesunięcia – jak chociażby karmienie – wyciągnąć wcale niezłe pieniądze z systemu. Być może, byłyby przydane gdzieś indziej. Tyle z mojej strony.

Teraz otwieram dyskusję. Pani posłanka Zalewska, proszę.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący otwierając dyskusję, tak naprawdę, zwrócił uwagę na kwestię strategiczną dla Polaków, bo to nie tylko będzie dotyczyć dziewięciu milionów starych ludzi po 65 roku życia, ale i ich rodzin, które są nieporadne i bez pomocy lekarza i pielęgniarki nie są w stanie zapewnić starszemu człowiekowi po 65 roku życia funkcjonowania godnego, bez upokorzeń. Ale, zanim zacznę zadawać pytania związane i z materiałem, i z tym, o czym mówił pan przewodniczący, przeproszę, bo będę musiała wyjść – idę na posiedzenie Komisji do Spraw Unii Europejskiej. Jednak zadam kilka pytań – skrupulatnie przeczytam protokół.

Pierwsze pytanie, do pani profesor, bo zabrakło kilku danych. Proszę powiedzieć, jaka jest struktura opieki paliatywnej – publiczna, niepubliczna, prowadzona przez różnego rodzaju organizacje i stowarzyszenia, czy też komercyjna. Powiedziała pani o komisji, która dokonywała wyceny świadczeń. Wybrzmiało, że 30% to za mało. Gdyby pani powiedziała chociaż, co państwo ustalili – nawet bez komentarza ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, który ma to do siebie, że zaraz jego przedstawiciele powiedzą, że tych środków jest wystarczająco i że więcej pieniędzy w systemie nie ma.

Wracając jednak do tego, co powiedział pan przewodniczący, i co mówi sprawozdanie, powiem, że, niestety, nie jest ono czytelne, dlatego, że posługują się państwo różnymi informacjami, danymi, których nie można sprowadzić do wspólnego mianownika, a w związku z tym, nie można dokonać rzetelnej analizy. Zacznę od demagogii pana ministra – przepraszam, z całą sympatią – który pokazuje od roku 2005 do roku 2012 wzrost liczby świadczeń. Pokazuje pan to skokowo – przyjmują państwo różne lata. Raz jest to rok 2005, innym razem 2007, 2012 czy 2009 albo 2010. Nie ma tu jednoznaczności. Ustalmy, że to sprawozdanie dotyczy jakiegoś okresu. Jeżeli pan zaczął od 2005 r., to należałoby wszystkie dane i analizy prowadzić od 2005 r. i dobrze pan wie, że skok tych świadczeń nie wynika absolutnie z fantastycznego wzrostu stawki za jednego pacjenta czy za procedurę, tylko z liczby pacjentów i potrzeb. Tak to wybrzmiewa, ale statystyka ma to do siebie, że jeżeli nie jest właściwie wyjaśniona i skomentowana, to może być fałszywa.

Na przykład, na str. 7 też… Jak powiedziałam, trudno się to czyta i trudno zadaje pytania. Przykładowo, słusznie mówią państwo, powołując się na ONZ, że już 7% obywateli powyżej 65 roku jest alarmem dla starzejącego się społeczeństwa. W strategii „Europa 2020" – dobrze państwo to wiedzą – Polska wskazywana jest jako najbardziej dramatycznie starzejący się kraj. Jeżeli nie zaczniemy rodzić dzieci, ewentualnie nie ściągniemy tu obcokrajowców, to grozi nam nie tylko katastrofa demograficzna, ale też katastrofa, jeżeli chodzi o opiekę nad starszymi ludźmi. I podają państwo wskaźnik GUS-u z 2010, gdzie jest mowa już o 14% obywateli po 65 roku życia, po czym analizujecie rok 2009, jeżeli chodzi o koszty poniesione na opiekę nad osobami powyżej 65 roku życia. Proszę mi wierzyć – żadnego wniosku nie można z tego wyciągnąć. Są to jakieś informacje, dane, ale nie można przeprowadzić żadnej analizy i wyciągnąć żadnego wniosku.

Wspominają państwo o różnego rodzaju potrzebach, między innymi, jeżeli chodzi o szkolenia pielęgniarek i lekarzy. Jest mowa o tym, że w połowie 2011 r. zatrudnionych było w Polsce 242 geriatrów, ale mówią także państwo, że lekarze nie chcą specjalizować się w tejże geriatrii. Natomiast dramatyczną sytuacją polskiej służby zdrowia jest to – tkwię w tym od roku – że ortopeda chirurg, do którego trafia najczęściej pacjent po 65 roku życia, czy okulista, nie posiada lub nie chce się dzielić swoją wiedzą geriatryczną. A powinien ją posiadać podstawową. To znaczy, że te oddziały funkcjonują tylko jako oddziały urazowe, ponieważ nie ma zabezpieczenia ludzkiego. Pacjent zoperowany powinien być przewieziony na oddział opieki długoterminowej albo opiekuńczo-leczniczy. Tak się nie dzieje, ale rodzina nie otrzymuje żadnej informacji – podkreślam, żadnej

– na przykład, przy złamaniu „przepraszam bardzo, ale musimy zrobić badanie tomograficzne, bo to jest chyba wynik wylewu”, a nie, że ta osoba uderzyła się w głowę i nastąpił wylew, albo „proszę się nie martwić, bo czasem w takich sytuacjach przychodzi otępienie” i nagle pacjent, który dwa dni wcześniej, przed złamaniem, normalnie funkcjonowała – oczywiście, tak, jak funkcjonuje starszy człowiek – przenosi się do świata otępieńczego, wspomaganego jeszcze lekami farmakologicznymi przez pielęgniarki i lekarzy, którzy nie mają zamiaru na ortopedii chirurgii mieć wrzeszczącego starszego człowieka, który żyje już we własnym świecie. Jest to więc poważny problem.

Jeżeli więc mowa o szkoleniach i jakby nadzorze Narodowego Funduszu Zdrowia, nadzorze ministerstwa, to już tam niezbędna jest pełna informacja dla pacjenta, a przede wszystkim jego rodziny, co mają zrobić ze swoim rodzicem, babcią czy dziadkiem. Ale, oczywiście, nie uzyskuje takiej informacji, bo nikt mu nie zabezpieczył tego, co powinien dostać. To znaczy, nie trafi na oddział opiekuńczo-leczniczy, bo, na przykład, na Dolnym Śląsku, informuje Narodowy Fundusz Zdrowia, i dobrze o tym wie… Stąd moje pytanie o łóżka. Ile jest łóżek długoterminowych, ZOL-owskich publicznych i niepublicznych. W przypadku publicznych, informuję pana, że nie ma takiej możliwości, wszyscy czekają, aż ktoś umrze, przepraszam – cytuję rozmowy telefoniczne, a średnio miesięczny pobyt pacjenta kosztuje 3 tys. zł. Średnia emerytura wynosi od 1000 zł do 1500 zł i jeżeli rodziny nie stać na to, żeby dopłacić, taki pacjent mieszka w upokarzających warunkach w swoim własnym mieszkaniu. Jeżeli jeszcze – mówię z ironią – ma szczęście mieć niepracującą rodzinę, na przykład, bezrobotną córkę lub bezrobotnego syna, to jakoś sobie poradzą z ową opieką, bo przychodnia czy lekarz pierwszego kontaktu bez awantury ze strony rodziny nie zainteresują się tym, co się dzieje z pacjentem, który nagle im zniknął, a jeszcze nie umarł, bo widnieje w kartotece. W związku z tym, kiedy czytam o badaniach – interesuję się tym od jakiegoś czasu – które wykazują poziom niepełnosprawności wskazujący na to, w jaki sposób starszym człowiekiem się zająć, to pytam – kto i gdzie to robi? Gdzie w Polsce jest to robione i w jakich sytuacjach? Bo kiedy lekarz z przychodni jest wzywany raz w miesiącu do takiego starszego pacjenta, to po prostu przepisuje recepty na leki, które pacjent bierze od roku czy dwóch, w ogóle nie analizując sytuacji. Pytam więc – kto to robi i gdzie, jak to jest wycenione i jaki to jest standard, na przykład, przy kontraktowaniu usług przychodni, obojętne czy publicznej, czy niepublicznej? Czy i jak to jest wyceniane?

I jeszcze jedna uwaga, dotycząca pielęgniarek, bo rzeczywiście tak jest, że na poziomie województwa ustalany jest katalog dziedzin priorytetowych, jeżeli chodzi o różnego rodzaju szkolenia pielęgniarek. W związku z tym, pytanie – na ile to odpowiada na zapotrzebowanie w Polsce? Czy państwo mają takie badania? Czy Narodowy Fundusz Zdrowia to analizuje? I czy państwo to analizują? Pytam, bo z mojej wiedzy wynika – przygotowałam się do posiedzenia Komisji – że, niestety, wykwalifikowane pielęgniarki po prostu wyjeżdżają po skończonych kursach. Czy państwo mają tę analizę? Stają się fachowcami w starzejącej się Europie Zachodniej, która te usługi i dbanie o starszych ludzi ma zakontraktowane na zupełnie innym poziomie. Tyle ja – jak powiedziałam – głęboko doświadczona, raczej znająca prawa pacjentów. Ale rzeczywistość jest zupełnie inna niż to, co przedstawione jest w sprawozdaniu. Dobrze byłoby popatrzeć na to oczami ludzi po 65 roku życia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Hrynkiewicz…

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Chlebus:

Panie przewodniczący, jeśli mogę tylko panią poseł prosić o doprecyzowanie, bo nie zrozumiałem do końca pytania, kto to robi. To znaczy, na poziomie poradni…

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Tak. Kto dokonuje…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Przepraszam, nie jesteśmy w supermarkecie. Proszę włączyć mikrofon i zadać pytanie, bo musi się nagrać.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Rzadko bywam w supermarkecie, panie przewodniczący, jako konserwatywna posłanka. Już mówię, panie ministrze. Chodzi mi o badania mówiące o niepełnosprawności – całościowa ocena geriatryczna. Kto to robi i jak to robi? Czy to jest procedura? Czy to jest robione, kiedy pacjent trafia do szpitala, bo rodzina go przywozi, czy ma to obowiązek zrobić lekarz pierwszego kontaktu po 65 roku życia pacjenta? To tu nie wybrzmiało. Nie jestem lekarzem, proszę więc wybaczyć, jeżeli to pytanie jest zbyt trywialne.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Pan minister zrozumiał. Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, szanowna pani profesor, rozmawiamy o sprawie bardzo ważnej, która będzie coraz ważniejsza w Polsce z oczywistych względów. Chciałabym nawiązać do tego, o czym mówił pan przewodniczący – pan poseł Piecha. Rzeczywiście, w archiwum Ministerstwa Zdrowia są bardzo porządnie zrobione ekspertyzy dotyczące przede wszystkim stanu opieki długoterminowej, a także problemu niesamodzielności życiowej, czy – jak ja to nazywam – niezdolności do samodzielnej egzystencji. To jest bardzo trudny problem, z którym wiele krajów sobie poradziło w różny sposób. Są ekspertyzy, które pokazują, jak poradzono sobie z tym problemem w różnych krajach, jakie są tego skutki i jakie są koszty. I bardzo bym prosiła, ponieważ naprawdę starość, niesamodzielność życiowa, niezdolność do samodzielnej egzystencji, stan terminalny, nie są partyjne. Tam byli ludzie z różnych, nawet nie wiem, jakich opcji. Była tam bardzo duża, kilkudziesięcioosobowa grupa ekspertów z całej Polski. Ja byłam w tym zespole, aktywnie pracowałam. Byli tam eksperci zza granicy. Wydaje mi się, że trzeba by sięgnąć do tych materiałów.

Pana dzisiejsze wystąpienie dowodnie wskazuje na to, że państwo do tego nie sięgnęli. Nie mam pretensji do pana, ale w tym ministerstwie pracują urzędnicy, którzy wiedzą o tym, że takie materiały tam znajdują się i warto do nich sięgnąć. Gdyby wykazali choć trochę staranności, to prawdopodobnie nie przyszedłby pan tu dzisiaj z takimi materiałami, w przypadku których, gdy pan je przedstawiał, było mi trochę przykro, bo wyglądało na to, że pan czyta rocznik statystyczny. Nie ma w tym ani jednej analizy. Ja nie wiem, czy 30% finansowania hospicjów z NFZ-u to mało czy dużo, czy trzeba więcej. Doceniam wolontariuszy, znam ich wielu – współpracowałam z wieloma – wspomagam ich czasem, jeśli mogę, ale chciałabym poznać pana zdanie, czy to wystarczy, a reszta skądś… Może pani profesor nam powie, jakie są źródła, jak się pozyskuje środki, ile to wymaga wysiłku i ile braków wtedy występuje. To pierwsza sprawa.

Nie wiem, czy jeśli jest tyle pielęgniarek, które się w tym wykształciły, to czy one tam pracują. Czy jest ich dosyć? Czy jedna poradnia paliatywna wystarcza na 2 mln 100 tys. mieszkańców? Może za dużo, a może za mało. A może powinno ich być więcej. Nie wiem, jaka powinna być sieć tych poradni, ale minister powinien to wiedzieć i powiedzieć dokładnie – brakuje nam tego, jeśli chodzi o kadrę. Jeśli chodzi o kadrę, to braki są takie, takie i takie.

Kolejny już raz prosiłam o informację dotyczącą geriatrii. Mam oczywiście te informacje z różnych źródeł i zawsze dostaję inne dane. I tutaj też są inne dane. One konsekwentnie od kilkunastu lat wskazują, iż mimo to, że w Polsce przybywa osób, które wymagają dobrej opieki geriatrycznej, to nie ma takiego systemu, któryby zachęcił lekarzy do podejmowania specjalizacji w tej dziedzinie. Co więcej, panie ministrze, pan przecież jest nauczycielem akademickim i wie, że nie wykłada się lekarzom w Polsce geriatrii – w każdym razie, po polsku. Wykłada się, owszem, w uniwersytetach medycznych, ale pielęgniarkom. A lekarzom nie wykłada się. W niektórych uniwersytetach medycznych jest to wykład do wyboru – jeśli ktoś chce, może przyjść i posłuchać, a jeśli nie chce, to nie. Nie ma praktyki. Bardzo trudna sprawa. Być może ona częściowo powinna być wprowadzona do wszystkich specjalizacji – dla okulisty, ortopedy, internisty i wszystkich po kolei.

Na podstawie tego, co pan przedstawił, nie potrafię powiedzieć – a przestudiowałam te materiały, specjalnie przyszłam rano, żeby je wziąć i dokładnie przeczytać – jakie są potrzeby kadrowe, jakie są potrzeby finansowe, jakie są potrzeby instytucjonalne,

i co trzeba zmienić w prawie, nad czym chętnie, jeśli pan to przedstawi, będziemy pracować w miarę szybko i wprowadzać takie zmiany. Nie mogę więc dzisiaj odpowiedzialnie powiedzieć, że odbyliśmy spotkanie, po którym pójdę do moich wyborców i powiem tak – rząd Platformy Obywatelskiej i PSL-u ma takie plany, proszę państwa, jeśli chodzi o opiekę długoterminową, i te plany są następujące, będzie lepiej, będzie gorzej, będzie więcej pieniędzy. Cóż z tego, że pan mówi, że tu jest o kilkadziesiąt tysięcy mniej, a tam więcej, że tu jest 27 zł, a tam 43 zł? Ja oczekuję o pana oceny, żeby pan powiedział – przyjęliśmy takie kryteria do oceny tego zjawiska, według tych kryteriów przeprowadziliśmy ocenę, a z niej wynika, że jest tu bardzo dobrze, a w tej dziedzinie potrzebne są pewne zmiany.

Nic pan nie mówi o pieniądzach. Tymczasem – jak znam systemy, które powstały w różnych krajach – im starszy człowiek, tym drożej kosztuje jego utrzymanie, ponieważ ten człowiek musi kupić różne usługi, najpierw codzienne, bytowe, a później specjalistyczne, pielęgniarskie, medyczne. Musi za nie zapłacić, a jego emerytura, nawet w starym systemie, w stosunku do przeciętnego dochodu systematycznie się zmniejsza.

W materiale opracowanym pod kierunkiem pana profesora Zbigniewa Religi, jest także pewna propozycja, jak te potrzeby finansować, w jaki sposób pozyskać te środki. To jest zagadnienie niezwykle trudne. Tam są rozważane problemy, które tutaj też państwo podejmują… Przepraszam, czy jest ktoś z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej na dzisiejszym spotkaniu? Bo państwo w pewnej części materiału mówią o tych zadaniach, które wykonuje minister pracy i polityki społecznej. Sądziłam, że ktoś powinien tu być. Tam jest jedno zagadnienie niesłychanie trudne. To jest kwestia finansowania rehabilitacji i usług medycznych różnego rodzaju. Problem sporny nie tylko w Polsce, w różnych krajach – kto za co ma płacić? Za co ma płacić NFZ? Za co ma płacić pomoc społeczna? Za co ma płacić pacjent? To nie są błahe sprawy. Wtedy, kiedy w grę wchodzą bardzo duże koszty, jest to oczywiście bardzo trudne.

Nie znalazłam odpowiedzi… Wiem, że jest źle ze świadczeniami ochrony zdrowia w domach pomocy społecznej, które podlegają ministrowi zdrowia, a jeszcze gorzej, panie ministrze, jest w domach prywatnych, które prowadzone są jako działalność gospodarcza. Chcę powiedzieć, że tylko na Mazowszu takich domów jest około 150, z czego tyko czterdzieści kilka ma na to zgodę wojewody. Co tam się dzieje? Tego nie wiem. A przecież rozmawiamy tutaj poważnie, na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, w obecności ministra. Musimy więc za to przyjąć odpowiedzialność. Musimy sobie powiedzieć, jak tam jest. A jak jest, mogę powiedzieć na podstawie badań, jakie prowadzę, ale bałabym się mówić nawet tutaj, co odkrywamy w takich domach, jeśli chodzi o stan ochrony zdrowia.

Następna sprawa. Liczba pielęgniarek w poszczególnych województwach jest bardzo zróżnicowana. Na str. 25 w tym materiale jest przedstawiony stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki. Czy to dobrze, że jest ich mało w województwie wielkopolskim – może sobie jakoś radzą – czy to źle? Nie wiem. Pan też musi nam na to odpowiedzieć, a nie przedstawiać suche dane.

Poza tym, do wielu danych tutaj przytoczonych, szczególnie w załączniku, nie ma podanych źródeł. Nie wiem, co to za dane. Tutaj jest tabela z NFZ-u, z której wynika, że prawie wszędzie w ogóle nie oczekuje się na miejsca, a ja mam inne informacje. Być może, tak jest. Być może, tak jest w stosunku do tego, co zakontraktował NFZ. Być może, NFZ tego nie wie. To jest bardzo trudna sprawa.

Ja oczekuję od pana oceny, czy to finansowanie jest dostateczne, czy niedostateczne, ile pieniędzy potrzeba. Oczekuję wyjaśnienia, czy wystarczy dać 30% pieniędzy na opiekę paliatywną, czy trzeba dać więcej, czy może tak być dalej. Chcę też wiedzieć, z jakich źródeł pochodzi te pozostałe 70%. Myślę, że pani profesor to powie. Chcę wiedzieć, czy tych placówek opieki jest dosyć, czy jest ich za mało. Do czego pan to przyrównuje?

Czy wykorzystali państwo – a widzę tu, że nie… Nie wykorzystali państwo badań Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących stanu zdrowia polskiego społeczeństwa. Są takie badania z 2009 r., opublikowane dwa lata później. Nie wykorzystaliście takiej okazji, żeby dowiedzieć się… Wtedy w zespole profesora Religi, na podstawie różnych źródeł, ocenialiśmy, że niezdolnych do samodzielnej egzystencji jest od 1 mln 600 tys.,

do 2 mln osób. To znaczy, takich osób, których codzienne życie wymaga pomocy drugie osoby. Takich osób, które nie mogą być zostawione same sobie, bo po prostu nie przeżyją.

Nie wykorzystaliście okazji, jaką był spis powszechny w roku 2011, a można było ten spis wykorzystać. Być może, państwo powiedzą, jak to jest. Od spisu w 2011 r. mijają dwa lata. Wyniki spisu były opublikowane. Chcę wiedzieć, czy państwo wykorzystali spis powszechny do tego, na przykład, żeby zbadać potencjał opiekuńczy rodziny. Jest to niezwykle ważne. Niemcy od tego zaczynali na przełomie lat 80. i 90. – od zbadania potencjału opiekuńczego rodziny. To jest sprawa nadzwyczajnej wagi, dlatego, że instytucjonalna opieka jest wielokrotnie droższa niż opieka rodziny. Ja nie wiem, jaki ma być model rodziny. Gdyby państwo wiedzieli, jaki jest potencjał opiekuńczy rodzin, być może wystarczyłoby tę rodzinę – mówiąc w cudzysłowie – obudować różnego rodzaju usługami, tak, żeby ona mogła sobie poradzić z taką osobą, która wymaga opieki. Ale my tego nie wiemy.

To są moje pytania do pana. A wniosek formalny, do pana przewodniczącego, jest taki, abyśmy jednak uznali, że nasze dzisiejsze spotkanie nie jest przygotowane, że materiały nie pozwalają nam wyciągnąć wniosków i wskazać ani ważnych problemów dotyczących zmiany prawa, zmiany zasad finansowania, potrzeb finansowych, ani potrzeb kadrowych w tym zakresie, ani potrzeb instytucjonalnych, ani organizacji. Po prostu, spotkaliśmy się, posłuchaliśmy i rozeszliśmy się. Ale my, jako posłowie, panie ministrze, mamy także funkcję kontrolną wobec władzy wykonawczej i chcemy wiedzieć, że idzie pan w dobrym kierunku. A ja nie potrafię powiedzieć, czy pan zmierza w dobrym kierunku. Każdy z nas – ja też – może być osobą niezdolną do egzystencji, nawet wtedy, kiedy się tego nie spodziewa. To nie jest związane tylko z wiekiem, ale i z ciężką chorobą, wypadkiem czy innymi zdarzeniami losowymi. Nie wiem, czy to wszystko, co pan dzisiaj przedstawił, jest w stanie uspokoić moje sumienie, że ta sytuacja, bardzo ważna i bardzo trudna w wielu środowiskach, zmieni się. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie, pani poseł.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, panie ministrze, ja panu ministrowi serdecznie dziękuję za przekazane materiały. Mamy przestawioną diagnozę. Jaka jest, taka jest. Wiadomo, że demografia, niestety, będzie wymaga od nas coraz większego zwracania uwagi na opiekę, szczególnie długoterminową, ale także hospicyjną i paliatywną.

Ma do pana kilka krótkich pytań. Chodzi właśnie o opiekę długoterminową, DPS-y – dużo emocji wiązało się z tym problemem. W DPS-ie mamy pielęgniarkę środowiskową, która jest w kompetencjach opieki podstawowej i pielęgniarkę długoterminową dla grupy pacjentów, która spełnia kryterium skali Bartel – 40 pkt. Ponadto, z danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, że dodatkowo zatrudniane są pielęgniarki przez DPS-y czy organy prowadzące DPS-y. Moje pytanie brzmi: jaka jest skala dodatkowego zatrudnienia pielęgniarek i jaka jest skala rzeczywistych potrzeb na usługi pielęgniarskie w DPS-ach? Odgraniczyłabym je od usług pielęgnacyjnych. Czy nie należałoby się jednak zastanowić nad stworzeniem jednego produktu dla tej grupy osób, tym bardziej, że w związku z wydłużaniem się życia – co jest bardzo dobre – w DPS-ach mamy coraz starsze osoby, rzeczywiście wymagające coraz większej opieki i pomocy?

I druga sprawa. Opieka długoterminowa – chodzi mi o opiekę domową – została wyodrębniona przed kilku laty. Czy nie należałoby jednak – chodzi szczególnie o formę domową – powrócić do opieki podstawowej, żeby wiązać razem lekarza opieki podstawowej, pielęgniarkę środowiskową i pielęgniarkę długoterminową? Bo w tej chwili mamy osobne kontrakty, to, po pierwsze, ale, po drugie, świadczą to często także różne podmioty. Chodzi o umożliwienie większej współpracy pomiędzy tymi osobami świadczącymi usługi w zasadzie dla jednego pacjenta, żeby to był zespół.

I jeszcze jedna rzecz. Pani poseł Zaleskiej nie ma, ale powiem, że lekarze czasami, kiedy jadą na te wizyty, analizują to, co wypisują. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie.

Poseł Marek Gos (PSL):

Panie przewodniczący, panie i panowie, szanowny panie ministrze, króciutko chcę nawiązać do relacji między DPS-ami a zakładami opiekuńczo-leczniczymi czy opieką długoterminową. Ameryki nie odkrywam, ale zwracam na to uwagę, bo od lat jest to piętą Achillesa w rozwoju medycyny i opieki długoterminowej. Są to relacje, jeżeli chodzi o finansowanie świadczeń. Generalnie przez lata nie mogliśmy przebić się z tym, żeby formułę opieki krótkoterminowej, tam, gdzie są wskazania, zmienić na opiekę długoterminową, a to z prostej przyczyny, jaką jest poziom finansowania.

Pamiętam, że przed kilkunastoma laty otwarto kilka nowych zakładów opiekuńczo-leczniczych w szpitalach i po pół roku je zamknięto. Nie może być tak, że w tego typu jednostkach poziome finansowania jest niższy niż w DPS-ach. Nie wchodzę już w szczegóły i standardy opieki, ale nadzór medyczny *stricte* jest większy i droższy, mamy więc dzisiaj pełną świadomość tego, że na oddziałach wewnętrznych zachowawczych jest wielu pacjentów, którzy powinni trafić do opieki długoterminowej. Z kadrą też jest kiepsko, i to też jest kolejna bariera.

Tak więc, na te dwie rzeczy zwracam uwagę – poziom finansowania i kadra. Może w innych województwach jest inaczej. Może patrzę za wąsko, przez pryzmat województwa świętokrzyskiego, gdzie z opieką długoterminową, mimo szczerych chęci i wielu zabiegów różnego typu, w dalszym ciągu nie możemy sobie do końca poradzić. Żeby był impuls dla świadczeniodawców, poziom finansowania powinien być wyższy, chociażby dlatego, że zyskujemy na tym i odciążamy oddziały zachowawcze. Jest to więc ewidentna korzyść, tylko nie widzę chęci przełamania się dyrektorów wojewódzkich Funduszu, żeby takie podejście prezentowali. A to ewidentna oszczędność także dla nich. Natomiast tego, dlaczego taki opór jest, nie wiem.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Wyczerpaliśmy listę mówców. Czy pan minister chciałby się do tego ustosunkować? Pytań było bardzo dużo, więc pewnie pisemnie. Jest jeszcze wniosek formalny. Przypomnę, że ten wniosek formalny polega na tym, żeby jednak uzupełnić tę informację, głównie o perspektywy. Sądzę bowiem, że nam głównie potrzebne są wskazówki, co rząd zamierza zrobić. Moim pierwszym wnioskiem, jaki wyciągnąłem z tego raportu ekspertów – a byli tam eksperci prawicowi i lewicowi, socjologowie, psychologowie, lekarze, geriatrzy i ubezpieczyciele, czyli finansiści… Naprawdę, warto do tych materiałów sięgnąć. Jest to materiał, który ocenia sytuację i wskazuje rozwiązania, jakie są możliwe. To jest powiązane oczywiście ze sprawami finansowymi i każdy może wybrać jakiś model finansowania. To pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Nie ma tu wniosków dotyczących tego, co dalej, a jeżeli chodzi o opiekę długoterminową, to ona bezwzględnie wiąże się z niesamodzielnością – ja to tak nazywam – bo część tych niesamodzielnych ludzi wcześniej lub później trafia albo do ZOL-u, albo do DPS-u i gdzieś tam wegetują.

Nie wiem, czy tym w ogóle powinien się zajmować Narodowy Fundusz Zdrowia, czy nie powinien być to absolutnie inny sposób finansowania, taki, jak zakładała nasza propozycja ustawy – pani profesor, dziękuję, że pani mi o tym przypomniała, bo pani profesor rzeczywiście była w tym zespole – żeby to był specjalny fundusz zasilany tak zwaną składką na starość. To byłoby finansowanie tylko opieki długoterminowej, na jasnych zasadach. I tam były uwzględnione wszystkie sprawy. Wykluczam z ego hospicja, bo to nie jest opieka długoterminowa. To jest całkiem inna sprawa. Myślę, że medykalizacja w hospicjach i w opiece paliatywnej i tak będzie, bo nikt nie ucieknie od ciężkich leków, jakie stosuje się w palium, czyli zwalczaniu chociażby bólu. Tego nie da się wprowadzić do DPS-ów przez pielęgniarki. Ale, jeżeli chodzi o opiekę długoterminową, warto z tego skorzystać i napisać, co jest możliwe.

A na marginesie dodam, że wydaje mi się, iż najwyższy czas rozpocząć dyskusję o tym, czy nam nie jest potrzebne ministerstwo zdrowia i polityki społecznej. Polityka społeczna została kiedyś odcięta od tego ministerstwa, a w wielu krajach, znacznie bardziej rozwiniętych i kapitalistycznych z krwi i kości, ministerstwo zdrowia łączy się z częścią opieki społecznej, ponieważ nie da się pewnych rzeczy rozdzielić. Nie da się rozdzielić L-4, czyli

funkcji ZUS-u, od działania lekarza, a u nas są to dwa różne piony. Jeżeli będzie mniej L-4, to będzie więcej pieniędzy na leczenie. Jeżeli lepiej leczymy, to jest mniej rent. A tak, mamy dwa piony, dwa osobne finansowania, a nie da się tego oddzielić.

Poddaję pod głosowanie wniosek, żeby odesłać ten dokument do Ministerstwa Zdrowia w celu uzupełnienia go o perspektywy, czyli o wskazówki, co rząd perspektywicznie zamierza zrobić, jakie ma pomysły na to, żeby rozwiązać sprawę opieki długoterminowej. I proszę tego nie traktować jako krytyki. My nie jesteśmy tutaj po to, żeby stawiać wyłącznie diagnozy, bo stawia się je w prasie – najczęściej robi to „Super Express" przy okazji spektakularnych sytuacji. My musimy próbować poruszać się do przodu. A do przodu, to znaczy, mówiąc – jest tak, możemy to organizacyjnie zmienić tak, będzie to kosztować, na to nas stać, a na to nas nie stać. I to możemy przedstawić społeczeństwu do dyskusji. Nie możemy społeczeństwa karmić albo sukcesami w opiece paliatywnej, albo porażką w opiece długoterminowej.

Kto z pań i panów posłów jest za wnioskiem, ażeby ten dokument odesłać do Ministerstwa Zdrowia w celu uzupełnienia? Proszę o podniesienie ręki. Dziękuję bardzo. Kto jest przeciwny? Dziękuję bardzo. Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję bardzo.

„Za" głosowało 4 posłów, „przeciw" – 8, nikt się nie wstrzymał. Żeby zakończyć to postępowanie, musielibyśmy przyjąć informację rządu. W związku z tym, jako przewodniczący, poproszę o sprawdzenie kworum. Nie ma kworum.

Proszę państwa, nie jesteśmy zdolni przyjmować żadnych wniosków. W związku z tym przerywam posiedzenie Komisji. O terminie dokończenia posiedzenia poinformuję państwa. Dziękuję bardzo.